



2020 Resumen de Beneficios

FirstCare

Advantage Dual SNP (HMO SNP)

FirstCare[™]
★
HEALTH PLANS

Ayudarte a ser más saludable. Es lo que hacemos.

El presente es un resumen de servicios de medicamentos y salud cubiertos en el plan FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), ofrecido por los Planes de salud de FirstCare.

Resumen de beneficios

Desde 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está disponible en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp antes del 15 de octubre de 2019.

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un Plan de salud con un contrato de Medicare y con un contrato del programa de Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP depende de la renovación del contrato.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que FirstCare Advantage Dual SNP cubre y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien use el Buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si usted quiere saber más acerca de la cobertura y de los costos de Original Medicare, consulte en su manual actual la sección “**Medicare y usted**”. Consulte la información en el sitio web <https://www.medicare.gov> o solicite una copia por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lo que debe saber acerca de FirstCare Advantage Dual SNP

- Puede llamarnos desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Llame al número gratuito al 1-866-229-4969 o TTY 711.
- Nuestro sitio web: firstcare.com/dualsnp.

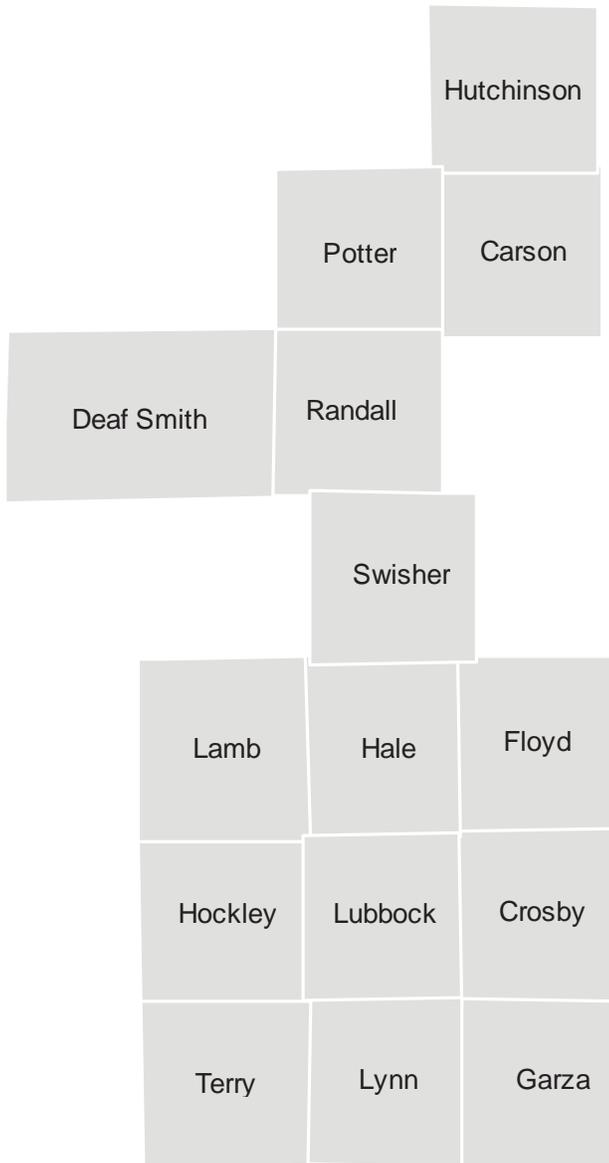
El presente documento está disponible en diferentes formatos, por ejemplo, en letras grandes. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a FirstCare Advantage Dual SNP, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el programa de Medicaid de Texas, no tener una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher y Terry.

¿Cuál es el área de servicio para FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)?



Los condados en el área de servicio se indican a continuación:

Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher y Terry

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

FirstCare Advantage Dual SNP tiene un directorio de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red que puede encontrar en nuestro sitio web, en firstcare.com/dualsnp. Debe usar los proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, excepto que esté autorizado por el Plan.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre, y más.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más que lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales están detallados en este folleto.

FirstCare Advantage Dual SNP cubre los medicamentos de la Parte B y de la Parte D de Medicare. Es posible que se apliquen determinadas limitaciones.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

La cantidad que usted paga depende del medicamento que está tomando y qué etapa del beneficio ha alcanzado. Usted puede ver la lista de medicamentos del plan completo (lista de todos los medicamentos con receta médica de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web firstcare.com/dualsnp.

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Prima mensual del plan	<p>De \$0 a \$20.80 por mes.</p> <p>Los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos, por lo general, no tienen una prima.</p>
Deducible	<p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios hospitalarios y médicos. Usted paga \$0.</p> <p>Deducible de \$0 por servicios como paciente internado por año para servicios dentro de la red, según el nivel de elegibilidad de Medicaid.</p> <p>De \$0 a \$89 por año para los medicamentos con receta médica de la Parte D según su nivel de subsidio por bajos ingresos.</p> <p>Los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos, por lo general, no tienen deducible de la Parte D.</p>
Responsabilidad máxima de bolsillo (no incluye medicamentos con receta médica)	<p>\$6,700.</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 por los gastos de bolsillo, por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>
Cobertura de internación hospitalaria	<p>\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>
Visitas al médico <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>
Atención preventiva	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$0 por visita.
Servicios necesarios con urgencia	Usted paga un copago de \$0 por visita.
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes Análisis y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, RM, TC) Radiografías para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.
Servicios de audición Examen de audición cubierto por Medicare Examen de audición de rutina Audífonos	Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición cubierto por Medicare. No cubiertos. No cubiertos.
Servicios dentales	Usted paga un copago de \$0. Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de dientes).
Servicios de visión Anteojos Examen ocular de rutina Examen ocular cubierto por Medicare	\$75 de asignación para la compra de anteojos cada tres años. Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina por año. Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular cubierto por Medicare.

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Visita como paciente internado</p> <p>Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Fisioterapia</p> <p>Visita de terapia ocupacional</p> <p>Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Ambulancia por tierra</p> <p>Ambulancia aérea</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Transporte (rutina adicional)	No cubiertos.
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare Medicamentos para la quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.
Atención de salud en el hogar	Usted paga un copago de \$0.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por exámenes y tratamiento de los pies si tiene una lesión nerviosa relacionada con la diabetes o cumple determinadas condiciones.
Servicios de telemedicina: Visita de atención primaria	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de tratamiento de opiáceos	Usted paga un copago de \$0.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Remisiones y autorizaciones

Las remisiones de su proveedor primario por servicios no son requeridos; sin embargo, muchos servicios requieren una autorización previa. Para obtener los detalles completos, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está disponible en nuestro sitio web, en firstcare.com/dualsnp antes del 15 de octubre de 2019.

Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios		
Deducible	<p>Usted paga \$0 o \$89 según su subsidio por bajos ingresos*. Si su deducible es \$0: Esta etapa de pago no le corresponde. Si no recibe Ayuda adicional, su deducible es de \$435. Usted paga el costo total de todos sus medicamentos hasta que haya pagado \$435.</p>	
Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)	<p>Permanece en esta etapa hasta que los costos de medicamentos anuales den un total de \$4,020. Los costos totales de medicamentos al año son los costos de medicamentos totales pagados por usted y por la Parte D del plan. Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p> <p>Los costos pueden diferir en función del tipo o del estado de la farmacia (por ejemplo, pedido por correo, atención a largo plazo (LTC) o infusión en el hogar, y suministro para 30 o 90 días).</p>	
	Suministro estándar minorista para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días
Genérico, incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos	<p>Usted paga:</p> <p>\$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o 15% de coseguro.</p> <p>O bien, si no tiene Ayuda adicional, pagará lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p>	<p>Usted paga:</p> <p>\$0 de copago o \$1.30 de copago o \$3.60 de copago o 15% de coseguro.</p> <p>O bien, si no tiene Ayuda adicional, pagará lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p>
Todos los demás medicamentos	<p>Usted paga:</p> <p>\$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o 15% de coseguro.</p> <p>O bien, si no tiene Ayuda adicional, pagará lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p>	<p>Usted paga:</p> <p>\$0 de copago o \$3.90 de copago o \$8.95 de copago o 15% de coseguro.</p> <p>O bien, si no tiene Ayuda adicional, pagará lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p>
Costo compartido	<p>El costo compartido puede cambiar según la farmacia que usted elige y cuándo ingresa en una nueva fase del beneficio de la Parte D.</p> <p>Revise el folleto adicional, la “Cláusula adicional LIS”, para saber el monto de su deducible.</p>	

Información sobre su beneficio de medicamentos con receta médica

Le alentamos a que nos informe de inmediato si, después de convertirse en miembro, usted tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos con receta médica. Para obtener asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-229-4969 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que usted elige y cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de la farmacia y las fases del beneficio, comuníquese con nosotros o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura* en línea.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

A continuación encontrará una comparación entre los beneficios de Medicaid y FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Dispositivos de asistencia para la comunicación (También conocidos como Sistema aumentativo con dispositivo de comunicación [ACD])	Para los miembros que reúnen los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	No cubiertos.
Medición de la densidad ósea (Para las personas con Medicare que corren riesgo)	El examen de detección de densidad ósea es un beneficio de Texas Medicaid. Para los miembros que reúnen los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Rehabilitación cardíaca	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): \$0 de copago. Visita de terapia ocupacional: \$0 de copago. Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: \$0 de copago.
Servicios de quiropraxia	El tratamiento manipulativo quiropráctico (CMT) realizado por un quiropráctico con	Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones: \$0 de copago.

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Servicios de quiropraxia (continuación)	<p>licencia del Consejo Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Texas Medicaid.</p> <p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	
Exámenes de detección colorrectal (Para personas de 50 años y mayores)	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	\$0 de copago.
Servicios dentales (Para personas de 20 años o menores; o 21 años o mayores en centros de atención intermedia [ICF]-MR):	<p>Para los miembros que reúnen los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>\$0 de copago.</p> <p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de dientes).</p>
Suministros para la diabetes (Incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Suministros para el control de la diabetes: \$0 de copago.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago.</p> <p>Zapatos terapéuticos o plantillas: \$0 de copago.</p>
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p>	<p>Procedimientos y análisis de diagnóstico: \$0 de copago.</p>

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología (continuación)	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Servicios de laboratorio: \$0 de copago. Radiografías ambulatorias: \$0 de copago. Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): \$0 de copago.
Elección de médicos y hospitales Visitas al consultorio del médico	Los miembros deben seguir las normas de Medicare relacionadas con la elección del hospital y de médicos. Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Debe usar proveedores dentro de la red. Visita al médico de atención primaria: \$0 de copago. Visita a un especialista: \$0 de copago.
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Atención de emergencia (Cualquier visita a la sala de emergencia si el miembro cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago. El copago se elimina si usted es admitido en un hospital por la misma afección en un plazo de tres días.
Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Educación de salud/bienestar (Asesoramiento nutricional para niños, dejar el tabaquismo para mujeres embarazadas y examen anual para adultos)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Servicios de audición	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Examen para diagnosticar y tratar los problemas de audición y de equilibrio: \$0 de copago.
Atención de salud en el hogar (Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de asistente de salud domiciliario, servicios de enfermería privados y servicios de atención personal)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Centro de cuidados para enfermos terminales	Medicaid paga por este servicio para determinados Miembros con exención si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de un centro de cuidados para enfermos terminales, renuncian a su derecho a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.	Atención en un centro de cuidados para enfermos terminales de un centro certificado por Medicare: \$0 de copago. Es posible que tenga que pagar una parte de los costos totales por medicamentos y atención de relevo.
Inmunizaciones	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.	Para vacunas antigripales y contra la hepatitis B: \$0 de copago.

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Inmunizaciones (continuación)	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Atención de internación hospitalaria	<p>Las estadías en el hospital como paciente internado son un beneficio cubierto. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos de Medicare. Los miembros deben seguir las normas de Medicare relacionadas con la opción del hospital.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Los copagos para beneficios hospitalarios se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es admitido como paciente internado y termina una vez que hayan transcurrido 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención de pacientes internados (o en un centro de SNF). Si ingresa en un hospital o SNF después de que ha terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible de paciente internado por cada período de beneficios.</p> <p>La cantidad de períodos de beneficio es ilimitada.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente internado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Cubrimos estos días “adicionales”. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días.</p>
Atención de salud mental para pacientes internados	Las estadías en un hospital psiquiátrico como paciente internado están cubiertas para los niños y los adultos de 65	<p>Visita como paciente internado:</p> <p>Los copagos para beneficios hospitalarios y de centros de</p>

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
<p>Atención de salud mental para pacientes internados (continuación)</p>	<p>años y mayores. Las estadías en el hospital como paciente internado para un tratamiento psiquiátrico agudo son un beneficio cubierto para los adultos de 21 años hasta los 64 años, aunque las MCO de Medicaid pueden elegir cubrir estadías en instalaciones psiquiátricas en lugar de en hospitales para atención de afecciones agudas. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos de Medicare. Los miembros deben seguir las normas de Medicare relacionadas con la opción del hospital.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es admitido como paciente internado y termina una vez que hayan transcurridos 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención de pacientes internados (o en un centro de SNF). Si ingresa en un hospital o SNF después de que ha terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible de paciente internado por cada período de beneficios.</p> <p>La cantidad de períodos de beneficio es ilimitada. Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente internado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Cubrimos estos días “adicionales”. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no aplica a los servicios de salud mental como paciente internado proporcionados en un hospital general.</p>

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Mamogramas (Examen anual)	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	\$0 de copago.
Prima mensual	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar en función de su nivel de elegibilidad de Medicaid.	<p>De \$0 a \$20.80 por mes, según su nivel de subsidio por bajos ingresos.</p> <p>Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, excepto que la pague un tercero, como Medicaid.</p>
Dispositivos protésicos y ortésicos	<p>Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Medicaid paga por prótesis mamarias para los Miembros de todas las edades si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dispositivos protésicos: \$0 de copago.</p> <p>Suministros de equipo médico duradero relacionados: \$0 de copago.</p>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p> <p>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Para los Miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): \$0 de copago.</p> <p>Visita de terapia ocupacional: \$0 de copago.</p>

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (continuación)	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: \$0 de copago.
Servicios/cirugía como paciente ambulatorio	Medicaid paga por determinados servicios si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Centro quirúrgico ambulatorio: \$0 de copago. Hospital para pacientes ambulatorios: \$0 de copago.
Trastorno de farmacodependencia para pacientes ambulatorios (Evaluación, tratamiento ambulatorio/desintoxicación y terapia de asistencia con medicamentos [MAT])	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Visita de terapia grupal: \$0 de copago. Visita de terapia individual: \$0 de copago.
Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos (Para mujeres)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Servicios de podiatría (Cuidado de los pies)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Exámenes y tratamiento de los pies si tiene una lesión nerviosa relacionada con la diabetes o cumple determinadas condiciones: \$0 de copago.
Medicamentos con receta médica	El copago de \$0 para los medicamentos con receta médica cubiertos por Medicaid y no cubiertos por la Parte D de Medicare. Nota: Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.	Para los medicamentos de la Parte B como los medicamentos para la quimioterapia: \$0 de copago. Otros medicamentos de la Parte B: \$0 de copago.

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
<p>Medicamentos con receta médica (continuación)</p>		<p>Dependiendo de su ingreso y de su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.30 de copago; o • \$3.60 de copago; o • 15% de coseguro. <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.90 de copago; o • \$8.95 de copago; o • 15% de coseguro. <p>NOTA: Algunos medicamentos tienen limitaciones, como tratamiento escalonado, límites a la cantidad de nivel o requisitos de autorización previa. Consulte nuestra Lista de medicamentos para obtener más detalles.</p> <p>Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p> <p>Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en la farmacia minorista.</p> <p>Es posible que obtenga medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en la farmacia dentro de la red.</p>

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Medicamentos con receta médica (continuación)		Después de que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos (lo que incluye medicamentos comprados en su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$6,350, usted no paga nada por todos los medicamentos.
Exámenes para detección de cáncer de próstata	La administración de atención de Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago.
Centros de enfermería especializada (SNF) (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.
Servicios de telemedicina	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Ciertos tipos de visitas de telemedicina están cubiertas.
Transporte (Rutina)	El Programa de transporte médico (MTP) de Medicaid proporciona transporte que no sea de emergencia, si no está cubierto por Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	No cubiertos.
Atención de urgencia (Esto NO es una atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio)	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.	\$0 de copago.

Categoría de beneficios	Texas Medicaid	FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)
Atención de urgencia (continuación)	Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Servicios de visión	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p>Nota: Los servicios de un óptico se limitan al ajuste y a la entrega de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (incluido el examen de detección de glaucoma anual): \$0 de copago.</p> <p>Examen ocular de rutina (hasta 1 cada año): \$0 de copago.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: \$0 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$75 cada año por anteojos.</p>

Servicios de exención basados en la comunidad y en el hogar

Aquellas personas que cumplen con los requisitos de Beneficiario calificado de Medicare (QMB), y también cumplen con los criterios financieros para una cobertura total de Medicaid, pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no están cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención se limitan a las personas que cumplen criterios de elegibilidad de exención de Medicaid adicionales.

Servicios de exención basados en la comunidad y en el hogar	
Exención de alternativas basadas en la comunidad (CBA)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios de Envejecimiento y Discapacidad (DADS) al 1-855-937-2372 (TTY: 711) o https://hhs.texas.gov/services/aging . Texas Health and Human Services Commission Mail Code W358 P.O. Box 149030 Austin, Texas 78714-9030
Exención de servicios de apoyo y asistencia para la vida en comunidad (CLASS)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.
Programa de exención consolidado (CWP) (Condado de Bexar/San Antonio únicamente)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.
Exención de sordos y ciegos con múltiples discapacidades (DB-MD)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.
Exención de servicios en la comunidad y en el hogar (HCS)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.
Programa para niños médicamente dependientes (MDCP)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.
Programa STAR+PLUS (Opera bajo la Exención del programa de transformación y mejora de la calidad de atención de salud de Texas)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.
Exención de vida en el hogar de Texas (TxHmL)	Para obtener información sobre servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comuníquese con DADS.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-866-229-4969 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. diariamente; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente por aquellos servicios por los que normalmente consulta a un médico. Visite firstcare.com/dualsnp o llame al 1-866-229-4969 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o solicítelo a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no están incluidos, significa que probablemente tenga que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa por cualquier medicamento con receta médica está en la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las normas importantes

- Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se saca de su cheque de Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el Directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad de inscribirse se basará en la verificación de que tenga derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid.

Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no excluyen a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

Si cree que FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no han proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>.

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Southwest Life & Health Insurance Company es una subsidiaria de propiedad total de SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (una subsidiaria de propiedad total de Scott and White Health Plan). Los planes PPO son ofrecidos por Southwest Life & Health Insurance Company. SHA, LLC ofrece los planes HMO, Medicaid y Medicare.

2020 Resumen de Beneficios

FirstCare

Advantage Dual SNP (HMO SNP)

FirstCare™

HEALTH PLANS
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Atención al Cliente o consulte su Prueba de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra red.

FirstCare Advantage Dual SNP ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 31 de diciembre de 2021 en base a una revisión del Modelo de Atención de FirstCare Advantage Dual SNP.

FirstCare Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Alcance del Formulario de Confirmación de la Cita de Ventas

Para ser completado por persona con Medicare.

Coloque sus iniciales en el cuadro al lado del tipo de plan que desea que el agente analice con usted. Si no desea que el agente analice un tipo de plan con usted, deje el cuadro vacío. (Tenga en cuenta que el agente también puede analizar una póliza complementaria de Medicare con usted).

Planes Independientes de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)

Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP, por sus siglas en inglés): plan independiente de medicamentos que agrega cobertura de medicamentos recetados al Plan Original de Medicare, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes de Cuota Privada de Medicare y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.

Medicare Advantage (Parte C), Planes de Medicamentos

Recetados de Medicare Advantage y otros Planes de Medicare

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare: Plan Medicare Advantage que debe cubrir toda la atención médica de la Parte A y la Parte B. En la mayoría de las organizaciones de mantenimiento de la salud, usted solo puede acudir a médicos, especialistas u hospitales dentro de la red del plan, excepto en caso de emergencia.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare: tipo de Plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional, en el que usted paga menos si usa médicos, hospitales y proveedores que pertenecen a la red. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) de Medicare: tipo de Plan Medicare Advantage en el que usted puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago y los términos y las condiciones del plan.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Medicare: tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada y especializada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare: los planes de cuenta de ahorros médicos combinan un plan Medicare Advantage de deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que se alcance su deducible.

Plan de Costo de Medicare: tipo de plan médico. En un Plan de Costo de Medicare, si usted obtiene servicios fuera de la red del plan sin una remisión, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán según el Plan Original de Medicare (su Plan de Costo paga los servicios de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia).

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan médico con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Al firmar este documento, acepta tener una reunión de ventas con un agente para analizar los tipos específicos de productos en los que incluyó sus iniciales anteriormente. La persona que discutirá las opciones del plan con usted es empleada o contratada por un plan médico o un plan de medicamentos recetados de Medicare que no es el gobierno federal, y puede recibir una compensación en función de su inscripción en un plan.

Firmar este documento: 1) NO afecta su estado actual/futuro de inscripción a Medicare; 2) NO lo obliga a inscribirse; y 3) NO lo inscribirá automáticamente en un Plan Medicare Advantage, un Plan de Medicamentos Recetados u otro plan de Medicare.

Firma del Beneficiario: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____ *Número de teléfono:* _____

Vínculo con el beneficiario: _____

Para ser completado por el Agente:

Nombre del Agente:	Teléfono del Agente:
Nombre del Beneficiario:	Teléfono del Beneficiario:
Dirección del Beneficiario:	
Método Inicial de Contacto: (Indique aquí si el beneficiario llegó de forma espontánea).	
Fecha de la Cita:	Tipos de Productos Analizados:
Firma del Agente:	
[Solo para Uso del Plan:]	

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Experience number at 1-866-229-4969 for additional information.

Esta información se encuentra disponible en otros idiomas. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-229-4969 para obtener más información.

Comuníquese con FirstCare Health Plans si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), brinde la siguiente información:			
Verifique el plan en el que desea inscribirse:		<input type="checkbox"/> FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) \$0 - \$20.80 por mes	
Apellido: _____	Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra./Srita
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Número de teléfono: _____	Número de teléfono alternativo: _____
Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas de correo): _____			
Ciudad: _____	Condado: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Domicilio: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Código: _____			
Dirección de correo electrónico:			

Proporcione su información de seguro de Medicare:	
<p>Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <p><input type="checkbox"/> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</p> <p style="padding-left: 20px;">○</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.</p>	<p>Nombre <i>(tal como aparece en su tarjeta de Medicare):</i></p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:</p> <p><i>HOSPITAL (Parte A)</i> _____</p> <p><i>MÉDICO (Parte B)</i> _____</p> <p>NOTA: Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>

Pago de la prima de su plan:

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito mensual o trimestralmente. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes. Si se le aplica un Monto Mensual Ajustado en Relación con los Ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le facturarán directamente. **NO pague a FirstCare Advantage Dual SNP la IRMAA de la Parte D.**

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional (“*Extra Help*”) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no quedarán sujetos a la brecha de cobertura ni a multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para ahorrar este dinero y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.segurosocial.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago recibirá una factura cada mes

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.
- Deducir en forma automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviario (RRB).
Obtengo beneficios mensuales de: *Seguro Social* *RRB*

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos o más meses en comenzar una vez que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Le rogamos que lea y responda las siguientes preguntas (importante):

1. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico en los que se demuestre que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos contactarlo para obtener información adicional.
2. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo? Sí No
Si su respuesta fue afirmativa, proporcione la siguiente información:
Nombre de la institución: _____
Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____
3. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? Sí No
Si su respuesta fue afirmativa, proporcione su número de Medicaid: _____
4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (“PCP”), clínica o centro de salud:

Marque uno de los cuadros a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

- Español Letra Grande

Comuníquese con FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) al 1-866-229-4969 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente que no sea el mencionado anteriormente. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Le rogamos que lea la siguiente información (importante):

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, unirse a FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) podría afectar los beneficios de salud que le brindan su empleador o sindicato. Puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en FirstCare Advantage Dual SNP. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Le rogamos que lea lo siguiente y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan dará por finalizada en forma automática mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

FirstCare Advantage Dual SNP abarca un área de servicio específica. Si me mudo del área en que FirstCare Advantage Dual SNP brinda servicio, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de FirstCare Advantage Dual SNP, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el Manual del miembro o el documento de Evidencia de Cobertura de FirstCare Advantage Dual SNP cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada que se ofrece cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura FirstCare Advantage Dual SNP, debo obtener toda mi atención médica de FirstCare Advantage Dual SNP, excepto por servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por FirstCare Advantage Dual SNP y otros servicios incluidos en la Evidencia de Cobertura de FirstCare Advantage Dual SNP (también conocido como "Contrato de Miembro" o "Acuerdo de Suscriptor") estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI FIRSTCARE ADVANTAGE DUAL SNP PAGARÁN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, representante u otra persona empleada o contratada por FirstCare Advantage Dual SNP, se le puede pagar en función de mi inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP.

Divulgación de la información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que FirstCare Advantage Dual SNP divulgará mi información a Medicare que incluye mis datos de eventos de medicamentos recetados, quien podrá divulgarla para fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el afiliado: _____

Solo para uso interno

Nombre del miembro del personal/agente/representante (si el afiliado requirió asistencia para la inscripción): _____ Número de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

FirstCare Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Por lo general, usted solo puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque con una "X" el recuadro que se aplique a usted. Al marcar cualquiera de estos recuadros, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. De determinarse posteriormente que esta información es incorrecta, podría darse por terminada su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Yo me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Esto sucedió el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Yo regresé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Esto fue el (escriba la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (mi estado me ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Recibo ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Ya no soy elegible para recibir ayuda adicional para el pago de mis medicinas recetadas de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha) _____.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de una institución de cuidado a largo plazo (como por ejemplo un asilo [nursing home] o una institución a largo plazo). Me mudé / me voy a mudar / me mudaré de dicha institución el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente dejé el programa PACE. Esto fue el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente y de manera involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicinas recetadas (una cobertura como la de Medicare). Perdí la cobertura de medicinas recetadas el (escriba la fecha) _____.
- Voy a dejar de estar cubierto por mi empleador o sindicato (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de ayuda farmacéutica que proporciona mi estado.
- Mi plan está por terminar su contrato con Medicare o Medicare está terminando el contrato con mi plan médico.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (inserte la fecha) _____.
- Estuve inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan o SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido mi elegibilidad para necesidades especiales requerida para poder permanecer en el plan. Se dio por terminada mi cobertura de SNP el (escriba la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro al respecto, comuníquese con FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969 (Los usuarios de TTY deben llamar al: 711) para determinar si es usted elegible para inscribirse. Nuestras oficinas abren de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

2020 Star Ratings

FirstCare Advantage - H5742

Calificaciones por estrellas Medicare 2020*

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2020, FirstCare Advantage recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de FirstCare Advantage

Servicios de Planes de Salud:	El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado
Servicios de Planes de Medicamentos:	El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

- | | |
|-------|---------------------------------------|
| ★★★★★ | 5 estrellas - excelente |
| ★★★★ | 4 estrellas - por encima del promedio |
| ★★★ | 3 estrellas - promedio |
| ★★ | 2 estrellas - por debajo del promedio |
| ★ | 1 estrella - malo |

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

Usted nos puede contactar de 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central al 866-229-4969 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es de 1 abril al 30 septiembre lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central.

Miembros actuales por favor llamar al 866-229-4969 (libre de cargo) o al 711 (teléfono de texto).

*Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-229-4969 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-229-4969 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-229-4969 (TTY: 711).

FirstCare Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.